



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 1 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 1 3 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926193	7-Data Validade da Senha 3 0 / 1 2 / 2 0	387939
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 7 3 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANE FERNANDES PEREIRA						
14-Telefone						
15-Nome do titular do plano ROSANE FERNANDES PEREIRA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO		18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 95200166-13
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 0 6 7 5 5 7 7 0 0		22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO				
23-Número no CRO 22192		24-UF RJ		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO		27-Número no CRO 22192		28-UF RJ		29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0 0 8 5 2 0 0 1 6 6		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	3 5 5 0 0
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data de Revisão Termino do Tratamento 20/10/20						
44-Tipo de Atendimento 1-1.Totál 2-Parcial			45-Tipo de Faturamento 1-1.Totál 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3 5 5 0 0	
47-Valor Total R\$			48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, Local e Assinatura do Clíngulo-Dentista Solicitante 20/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Clíngulo-Dentista 20/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário 20/10/20	53-Data, Local e Assinatura da Operadora 20/10/20	54-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	55-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	56-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	57-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	58-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	59-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	60-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	61-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	62-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	63-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	64-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	65-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	66-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	67-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	68-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	69-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	70-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	71-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	72-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	73-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	74-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	75-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	76-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	77-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	78-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	79-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	80-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	81-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	82-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	83-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	84-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	85-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	86-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	87-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	88-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	89-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	90-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	91-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	92-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	93-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	94-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	95-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	96-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	97-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	98-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	99-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20	100-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 20/10/20
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2^o N°

391509

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 0 7 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197625	7-Data Validade da Senha 0 5 / 0 1 / 2 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004638266373
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 1 8 0 6 6 3 7 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Mendicamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 0 6 7 5 5 7 7 0 0	22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES	
Dados do Profissional Executante					
26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	27-Número no CRO 22192	28-UF RJ	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1
3-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1
4-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1
5-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1
6-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1
7-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
8-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1
9-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1
10-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
11-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
12-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
13-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
14-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
15-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA			
43-Data Revisão/Término do Tratamento 4/1/10/20					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total R\$ 4 5 5 0 0					
47-Valor Total R\$ 0 0 0					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0					

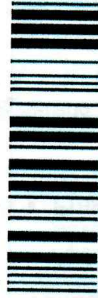
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 07/11/10/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 07/11/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/10/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/11/10/20
Assinatura do Profissional Assistente: Haroldo Pereira Coelho			
Assinatura do Profissional Contratado: Haroldo Pereira Coelho			
Assinatura do Beneficiário / Responsável: João Luiz de Nobrega da Silva			
Assinatura da Empresa: Unimed Saúde e Odontologia S/A			

IDT: 01488542-3 MD

CRO-RJ 22.192-2



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 1 / 2 0		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 416076		7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 2 / 2 1	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 2 5 5 3 4		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 708601060358683	
13-Nome ALINE STEPHANE CORREA		16-Atendimento a RN		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALINE STEPHANE CORREA			
17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO		18-Número no CRO 22192		19-UJ RJ		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 0 6 7 5 5 7 7 0 0		22-Nome do Contratado Exculante HAROLDO PEREIRA COELHO		23-Número no CRO 22192		24-UJ RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exculante HAROLDO PEREIRA COELHO		27-Número no CRO 22192		28-UJ RJ		29-Código CBO S			
Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régio		34-Face	
35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	
40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura					
1-0 0 8 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		4 7 0 0		N	
2-0 0 8 4 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1 2 0 0		N	
3-0 0 8 4 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1 2 0 0		N	
4-0 0 8 4 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1 2 0 0		N	
5-0 0 8 4 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1 2 0 0		N	
6-						0 0 0		N	
7-									
8-									
9-									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Revisão/Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
1 0 / 1 1 / 2 0		1-Tratamento Odontológico		3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		9 5 0 0		0 0 0	
48-Total Franquia / Co-participação R\$									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôroam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.									

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

100

0110

Haroldo Pereira Coelho - 1 Den

INT 01480543-9 MD

0140042-3 000-130100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

426937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11	4-Data de Autorização 01/11/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086395	7-Data Validade da Sentença 12/12/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 000202025307350000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ROSANE FERNANDES PEREIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ROSANE FERNANDES PEREIRA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143067557700	22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO		27-Número no CRO 22192	28-UF RJ	29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	12,00	0,00	0,00		01/12/12		
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	12,00	0,00	0,00		01/12/12		
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	12,00	0,00	0,00		01/12/12		
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	12,00	0,00	0,00		01/12/12		
5-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00	0,00		01/12/12		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/12/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 95,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Cartão de Empresa <i>[Assinatura]</i>
--	--	--	---